

ITS-Weaning
Schermerweg 4
45894 Gelsenkirchen
Tel. 0209 - 59020
www.bergmannsheil-buer.de

**Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin
und Schlafmedizin**
Chefarzt Dr. med. Ali Ekber Firat

Sekretariat: 0209 5902-386
Telefax: 0209 5902-387
E-Mail:

innere-pneumologie@bergmannsheil-buer.de
hatem.ali@bergmannsheil-buer.de

□

ITS - Weaning

Ansprechpartner:

CA Dr. med. Ali Ekber Firat
OÄ I. Manea-Draghicescu
OA A. Rahmouni

Tel.: 0209 5902-7395, 0209 5902-7623

Aufnahmebogen bitte per Fax an 0209 5902-387

Ziel unserer Weaning-Einheit ist es, Patienten mit Weaning-Problemen effizient helfen zu können. Damit wir eine detaillierte Planung vornehmen können, bitten wir Sie um einige Daten und Beantwortung dieser Seiten.

Anmeldende Klinik / Anmeldender Arzt

Name der Klinik/Fachrichtung _____
Name des Arztes: _____
Anschrift: PLZ: _____ Stadt: _____
Straße: _____
Telefon: _____ Fax: _____

Patient:

Name: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männl. weibl.
Wohnort des Patienten: PLZ: _____ Stadt: _____
Straße: _____
Beruf des Patienten: _____ Krankenkasse: _____
Nächster Angehöriger: _____
Versorgung zu Hause: selbständig durch Angehörige
durch Pflegedienst nicht möglich

Allgemeinzustand vor Akuterkrankung:

keine Einschränkung
geringe Einschränkung ohne Hilfebedürftigkeit
geringe Einschränkungen mit Hilfebedürftigkeit
Hilfe notwendig beim Ankleiden und Essen
komplett hilfebedürftig
sonstige Einschränkungen _____

Medizinische Anamnese:

Vorerkrankungen/Operationen: _____

Akutanamnese: Diagnose, die zur

Beatmung führte _____

Intubation am: _____

Beatmungsbeginn: _____

Beatmungszugang:

Tubus Tracheostoma (dilativ chirurgisch) seit: _____

Derzeitige Beatmungssituation:

Beatmungsmodus: _____

F_iO₂: _____ AF: _____

IPAP: _____ PEEP/EPAP: _____

Aktuelle Blutgasanalyse:

paO₂: _____ paCO₂: _____ ph: _____

HCO₃: _____ SaO₂: _____

Aktueller Medizinischer Befund:

Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____

Aktuelles Labor: Hb: _____ g/dl Na: _____ mmol/l K: _____ mmol/l

Krea: _____ mg/dl Harnst: _____ mval/l GOT: _____ U/l

GPT: _____ CRP: _____

Mikrobiologisches Screening:

Bronchialsekret: Datum: _____ Befund: _____

Abstriche: Nase: Datum: _____ Befund: _____

Abstriche: offene Wunden: Datum: _____ Befund: _____

Clostridien: Datum: _____ Befund: _____

Bewusstseinszustand:

wach und voll orientiert kooperativ, orientiert, ruhig

schläft, leicht erweckbar Reaktion auf lautes Ansprechen

komatöser Pat. ohne Reaktionen Delir

Blutdruck: _____ mmHg Pulsfrequenz: _____ /min

Aktuelle arterielle Zugänge: _____ seit _____

Aktuelle venöse Zugänge: _____ seit _____

Katecholaminbedarf Ja Nein z.Zt. mit _____

Darminkontinenz Ja Nein Blasenkatheter Ja Nein

Dialysepflichtigkeit Ja Nein HbsAG Ja Nein

HIV-positiv Ja Nein AK HCV Ja Nein

HIT-positiv Ja Nein

Dekubitus: _____

Weaning-Versuche:

Anzahl der frustranen SBT: _____

Blutgasanalyse SBT1:

paO₂: _____ paCO₂: _____ ph: _____

HCO₃: _____ SaO₂: _____ F_iO₂ / I O₂: _____

Grund für Abbruch SBT: _____

Blutgasanalyse SBT2:

paO₂: _____ paCO₂: _____ ph: _____

HCO₃: _____ SaO₂: _____ F_iO₂ / I O₂: _____

Grund für Abbruch SBT: _____

Blutgasanalyse SBT3:

paO₂: _____ paCO₂: _____ ph: _____

HCO₃: _____ SaO₂: _____ F_iO₂ / I O₂: _____

Grund für Abbruch SBT: _____

Tage invasive Beatmung nach erstem SBT: _____

Blutgasanalyse SBT1:

paO₂: _____ paCO₂: _____ ph: _____

HCO₃: _____ SaO₂: _____ F_iO₂ / I O₂: _____

Grund für Abbruch SBT: _____

Anzahl der Reintubationen: _____

Angewandte Weaning-Methode: _____

Vermuteter Grund des Scheiterns: _____

Motivation des Patienten
 sehr gut gut
 weniger gut gar nicht

Stimmung des Patienten
 euphorisch adäquat
 weinerlich depressiv

Pflegebedürftigkeit voll teils gering
 Mobilisation null Bettkante Stand/Gehen

Wir bitten bei Verlegung des Patienten folgende Unterlagen mitzugeben:

- Kopie älterer Arztbriefe
- Aktueller Verlegungsbericht
- Röntgenbilder

Unterschrift